Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS		**Número de Documento:**	22999688	
Correo Electrónico:	karenirinasalud@gmail.com		**Número Telefónico:**	3046606606	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8291-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2836
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V02TP295	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	180	0	36055	$6489900	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6489900**	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-07		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-01-15
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-12-31	2025-02-14	1	$ 6057240	47
2	2025-01-16	2025-02-14	2	$ 6057240	47
3	2025-02-01	2025-03-31	3	$ 9157970	313
4	2025-03-29	2025-04-30	4	$ 6417790	626
5	2025-04-24	2025-05-18	5	$ 0	0
6	2025-05-16	2025-05-31	6	$ 5552470	866

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2025-05-26	2025-06-30	7	$ 6489900	896
8	2025-06-21	2025-07-30	8	$ 6057240	1064

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	DICIEMBRE	$ 5191920
2	ENERO	$ 6489900
3	FEBRERO	$ 5624580
4	MARZO	$ 6489900
5	ABRIL	$ 5985130
6	MAYO	$ 6057240
7	JUNIO	$ 6489900

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 9085860	**$ 54875710**	**$ 42328570**	**$ 12547140**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1. Prestar servicios Profesionales como médico para el programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente.	Se prestan servicios como Médico en las móviles de atención prehospitalaria según programación de actividades mensual.	Cronograma de actividades, bitácoras, historias clínicas.
2	2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Direccion de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención medica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.	Se reciben los despachos generados por el CRUE, generando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos.	Cronograma de actividades, bitácoras, historias clínicas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas.	Cronograma de actividades, bitácoras, historias clínicas. Listas de chequeo DUES.
4	4. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet, incluyendo cargadores y equipos de radio comunicaciones) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder del programa de Atención Prehospitalaria o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 12 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.	Cumplir con el porte del uniforme institucional que fue entregado por parte de la unidad funcional.	Listas de chequeo Gestores Externos.
5	5. Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la Subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.	Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos.	Historias clínicas, formula médica, inventarios.

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos incluyendo los medicamentos de control especial (y el registro adecuado en libro) asignados a los inventarios de la móvil, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inventario mensual de medicamentos de control especial, registro de bitácoras de equipos biomédicos, oportunidad de registro en el aplicativo RUAF ND, e historias clínicas durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas.	Se lideró el equipo de la móvil asignada, actuando de forma oportuna y disponible al cumplir con los requerimientos dados por el centro regulador junto con auxiliar de enfermería se revisan insumos y semaforización para actualizar inventario.	Cronograma de actividades, bitácoras, historias clínicas.
7	7. Cumplir y asistir a la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias (capacitación) del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.	Asistencia a reuniones programadas.	Inventario, Kardex.
8	8. Hacer gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	Se hace gestión oportuna para liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	Soporte digital fotográfico y envio de información por los canales pertinentes al personal de enlace como constancia de la liberación de la camilla.
9	9. El personal médico de la ambulancia realizará un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el dia y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante la actividades de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.	-Se realiza un minimo de cuatro atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el dia y tres atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades de la noche, para garantizar la eficacia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.	Se realizan historias clinicas, formatos fallidos y formatos de disentimient, formulas médicas, inventario, kardex, libro de novedades.
10	10. Reportar al líder del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoría del cumplimiento de la obligación.	Se reporta al lider del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el centro regulador de urgencias y emergencias en salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoria del cumplimiento de la obligación 9.	Inventario y kardex.
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realizan actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Formulas médicas, inventario, kardex, libro de novedades.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL							
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Factura Electrónica**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**	$ 6057240
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	87361747	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**SEIS MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	COLFONDOS	$ 2422896	$ 387663	**$ 494400**
Salud					COMPENSAR		$ 302862	**$ 386300**
ARL				5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 703173**	**$ 880700**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550003900115969

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	2025-06-22 20:33:21
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-06-25 11:00:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	2025-06-25 12:54:45
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	2025-06-25 12:55:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-06-25 15:08:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-27 13:39:07

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

© Siasur - 2025

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS	carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87361747	$956.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	386.300	0		0		0	0	0	0	386.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	494.400	0	0	0	0	0	0		494.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	75.300				75.300	0	0	75.300			753	75.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	386.300	386.300
Pensión	1	494.400	494.400
Riesgos Laborales	1	75.300	75.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	956.000	956.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	22999688	KAREN IRINA ANGARITA VANEGAS		carrera 72 N 12 A30	3046606606	karenirinasalud@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87361747	$956.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	22999688	ANGARITA VANEGAS KAREN IRINA	59	0			N								X								231001	3.089.818	494.400	0	0	0	0	EPS008	3.089.818	386.300	14-11	3.089.818	3	75.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

ecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

an de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

ocumentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DICIEMBRE DEL 7 AL 31 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	DICIEMBRE DEL 7 AL 31 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	ENERO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	FEBRERO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	MARZO 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	ABRIL 2025 CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	MAYO CTN NO 8291-2024 KAREN ANGARITA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jun-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KAREN ANGARITA VANEGAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 22999688 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Carrera 78 F Nª 7 A 19 **Teléfonos** 3046606606 2062745

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ISAAC GARCIA ANGARITA	1143325231	Hijo(a)
DANA VALENTINA ROJAS ANGARITA	1034786584	Hijo(a)
juan sebastian rojas angarita	1047240173	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 6.489.900,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 6.489.900,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	003900115962	ALSACIA	$ 40.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Otros bienes de capital	22999688	$ 422.743.000,00
Casa	CASA	$ 50.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
TARJETA EXITO	CREDITO	$ 8.000.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
KAREN ANGARITA VANEGAS 22/06/2025 20:18:08

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-jun-2025

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	KAREN ANGARITA VANEGAS
Identificación:	22999688
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	karenirinasalud@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	22/06/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 84764b081b1098bd3d1f57d37ba68e7022a48bfa8e962fb93c5f95318e8b9de5

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente